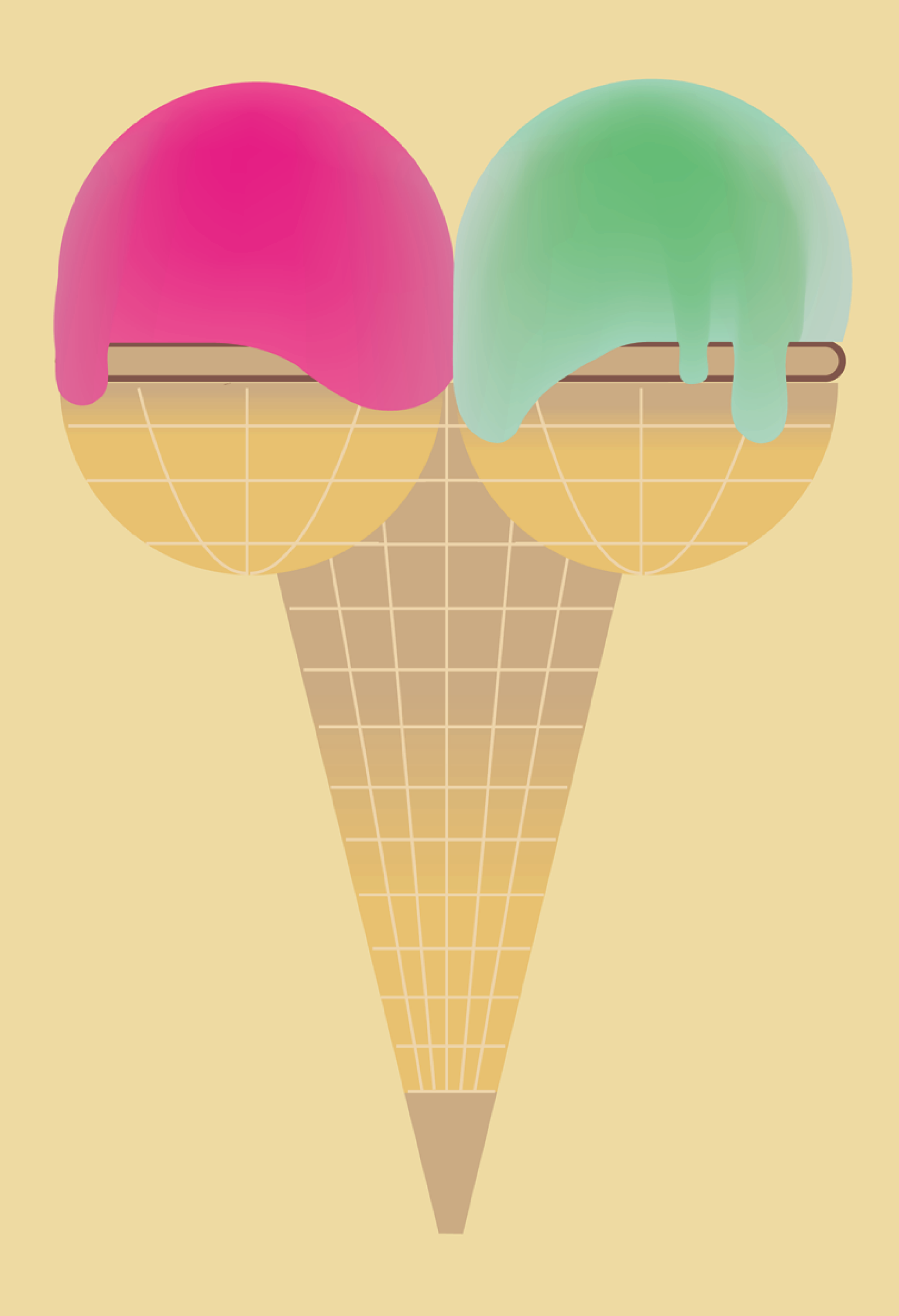
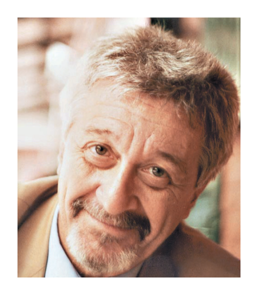
EDUCACION SEXUAL 5

deseo



Página/12

PREGUNTAS FRECUENTES / RESPUESTAS CLARAS



RESPONDE
DR. LEON ROBERTO GINDIN

Médico, psicoanalista, sexólogo clínico, terapeuta sexual y educador sexual. Académico de Número de la Academia Mundial de Sexología Médica. Fundador y ex presidente de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana y también fundador y director de Cetis (Centro de Educación, Terapia e Investigación en Sexualidad). Entre sus libros figuran: *La nueva sexualidad del varón* (Editorial Paidós), *Primera encuesta sobre sexualidad y pareja* (Editorial La Urraca), *Eyaculación precoz* (Ed. Paidós), *El rugido* (Ed. Planeta), *La nueva era en virilidad*. (Ed. Ameghino) *La nueva sexualidad femenina: A la conquista del placer* (Ed. Norma)· Es autor de más de 200 artículos, conferencias y participaciones en medios científicos de todo el país y del exterior.

No todas las ganzúas abren el deseo

Cuando los especialistas nos dicen que gran parte de las disfunciones del deseo son de origen psicológico, estamos reconociendo que lo biológico ha quedado muy atrás en nuestra sexualidad. El sexo animal se activa por la intervención de unos desencadenantes biológicamente establecidos (olor, aspecto, hormonas). Las personas, en cambio, tienen coitos independientemente de todo esto. De hecho, somos el único animal que puede obsesionarse con el sexo. Los desencadenantes que disparan la actividad sexual son llaves que abren una cerradura instintiva. Pero la inteligencia provoca la independencia de los estímulos, e inventa ganzúas sexuales, es decir, objetos que cumplen la función de llave sin serlo. Cualquier cosa puede despertar el deseo: las características del sexo opuesto, las del mismo sexo, recuerdos, rituales, imaginaciones o diferentes objetos en los fetichismos. Biológicamente el deseo humano se ha liberado del determinismo del instinto y del determinismo del estímulo. Ni nos maneja desde dentro, ni nos dirige desde fuera. Se desvincula de las estaciones del año, de los períodos fértiles, de la biología y se integra en la cultura. Entramos así en un mundo espesante, indeciso, donde creímos que todo era cultura y nada naturaleza. Pero habría que recordar que esto no deja de ser una mitología. Las personas y su sexualidad son ilimitadamente plásticos. Pero no plásticos del todo.

Marina en *El rompecabezas de la sexualidad*

dirección general: Hugo Soriani
edición y entrevistas: Liliana Viola
rumbo de diseño: Alejandro Ros
image research + diseño: Juliana Rosato
ilustraciones: Leandro Salvati
coordinación general: Víctor Vigo

Educación sexual-1a ed.- Buenos Aires: La Página, 2006
16p.; 28x20cm.
ISBN 987-503-430-4
1. Educación sexual.
CDD 613.907 1
Fecha de catalogación: 21/09/2006
Impreso en Kollor Press S.A. en octubre de 2006

El deseo: punto de partida

El deseo es el comienzo, el punto de arranque necesario para que todo lo demás se produzca. En esta fase se inscribe todo aquello que sucede antes de la relación sexual. Por eso, el deseo está muy relacionado con las fantasías, la predisposición, el "entrar en clima". Aquí juegan un papel decisivo la calidad de la relación de pareja y la situación personal de cada uno; interviene tanto la autoestima como la capacidad de las personas para estimar al otro. El deseo, como todas las manifestaciones de la sexualidad, está condicionado por las expectativas que la sociedad le asigna; por eso, más allá del componente hormonal y personal, los mandatos de la sociedad también influyen: desde hace más de medio siglo, tanto el hombre como la mujer han comenzado a aspirar a una sexualidad "eficiente". El orgasmo y hasta el multiorgasmo se han vuelto una exigencia femenina, mientras que la prolongación de la vida sexual se ha instalado con vehemencia en el imaginario masculino. Por un lado esto responde a una conciencia generalizada de los derechos de las personas a la experimentación del placer. Por el otro, cuando estas exigencias se colocan en primer plano, sin dar cuenta de la situación real y concreta de cada uno, la posibilidad de frustración se acrecienta. Entonces el deseo se desdibuja, se pierde y se diluye en la ansiedad de volverlo a experimentar alguna vez.



La falta de deseo o, mejor, el deseo sexual hipoactivo supone uno de los retos más importantes de la sexología clínica. Es la disfunción cuya incidencia aumenta progresivamente a mayor ritmo y probablemente la que más fracasos terapéuticos atesora. Casi el 50% de los casos de consulta sexológica son por bajas en el deseo sexual.

Es muy difícil decir con seguridad en qué consiste una disfunción del deseo sexual, nombre científico con el que se designa a la "falta de ganas". Para precisar que estamos en presencia de esa dificultad necesitamos conocer la vida sexual previa de la persona en cuestión, y en particular su frecuencia habitual de "ganas". Para algunas personas, el bajo deseo significa no iniciar la actividad sexual; para otras, es no responder cuando el compañero sugiere el acto sexual. Ya que en algunos casos el escaso deseo afecta todas las interacciones sexuales, en otros es específico para una situación, actividad o compañero determinado.

¿El deseo es una respuesta?

El deseo puede suscitarse como una respuesta a una estimulación interna o externa. Este estímulo produce una activación fisiológica. De modo resumido podemos decir que para el nacimiento del deseo intervienen factores hormonales, una base neurofisiológica, una disposición emocional, la memoria de lo visto y vivido, la presencia de inductores eficaces de sensaciones y sentimientos sexuales.

¿Cómo se produce el deseo sexual?

La respuesta no se conoce con exactitud. Se sabe que el deseo sexual responde a un proceso complejo basado en la actividad cerebral, un medio hormonal adecuado y los intereses y las motivaciones sexuales. Si estos componentes no están sincronizados, dan lugar a la aparición de trastornos del deseo sexual. El cerebro es quizá la parte más sensual de nuestro cuerpo. Nuestros deseos de experiencias sexuales, o sensaciones de excitación, comienzan con una serie de sucesos en el cerebro. Esta fase es regida también por la hormona testosterona, responsable del deseo sexual en hombres y mujeres. La sexualidad sin testosterona es como una casa sin cimientos: aunque se apilen los ladrillos a la perfección –las cantidades requeridas de otras hormonas, buenos amantes, estímulos adecuados, y buenas fantasías sexuales– el edificio se derrumba si se carece de la cantidad suficiente de testosterona.

¿Cómo actúan las hormonas?

La fisiología sexual masculina incluye la producción de una cantidad crítica de testosterona por los testículos, no sólo para el desarrollo de los tejidos sino también para que se pueda experimentar energía vital y libido. En las mujeres, las glándulas suprarrenales comienzan a producir testosterona antes que los varones, lo que explicaría cómo y por qué las mujeres maduran sexualmente más temprano. En la adolescencia y de allí en adelante, la producción de testosterona diaria es 20 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

¿La testosterona es la única hormona del deseo?

Investigaciones bastante recientes han puesto en evidencia que una hormona que libera el cerebro, llamada "factor de liberación de hormona luteinizante" (LHRF), actúa sobre el deseo sexual, aunque no haya testosterona. No se sabe aún si esta hormona actúa o no directamente sobre los centros cerebrales. De todos modos, dichos centros están conectados con la totalidad del cerebro, de donde se deduce que cualquier acontecimiento en otras esferas influye sobre la posibilidad de aparición de nuestros impulsos eróticos y deseo sexual. Además, se ha descubierto que las células cerebrales producen unas sustancias químicas llamadas endorfinas (parientes químicos de la morfina) que producen sensaciones placenteras. Se cree que las sensaciones placenteras se registran como tales por la acción de las endorfinas sobre el centro del placer.

¿El amor es un afrodisíaco?

Podríamos decir que sí, pero es más complejo que esto. El amor apoya uniones y separaciones. Los motivos por los que una pareja se une pueden ser múltiples y variados (dejar la casa paterna, evitar la soledad, tener hijos, etc.), pero es el amor aquello que se busca y se espera como sinónimo de felicidad. Amar, compartir, comunicarse son expectativas de la pareja. En este punto, el amor aviva el deseo. Pero su no cumplimiento es una frustración capaz de desmantelar la unión. A su vez, basar las relaciones en el amor es exponer los vínculos a un continuo replanteo, dado que no es posible garantizar el amor permanente. El amor no depende de la voluntad, no está atado al juramento ni al contrato. El amor ni siquiera garantiza la fidelidad, ya que se puede amar de maneras diferentes a más de una persona a la vez, pero es absolutamente necesario para el inicio y la consolidación de una relación duradera y para que el deseo sexual se pueda mantener más allá de los avatares que la vida nos trae.

¿Deseo es lo mismo que ganas?

Entre el deseo y las ganas en términos de sexualidad existe la misma relación que en el universo del consumo. La sociedad de consumo diseña los shoppings en función de la rápida aparición y veloz extinción de las ganas y no considerando el engorroso, lento cultivo y maduración del deseo. Lleva un tiempo largo sembrar, cultivar y alimentar el deseo. En el caso de las parejas sexuales, el deseo y la preparación que éste implica, la inversión que conlleva, pueden llevarnos a un compromiso amoroso y éste es visto muchas veces como la oclusión de las posibilidades mejores que ofrecerá la vidriera mañana. En cambio, satisfacer las ganas que surgen espontáneamente (tal vez un cruce de miradas) implica dejar la puerta abierta a otras futuras posibilidades. La relación inspirada por las ganas sigue las pautas del consumo y sólo necesita la destreza de un consumidor promedio moderadamente experimentado. Al igual que otros productos, esa relación es de consumo inmediato y para uso único, sin prejuicios, descartable.

Zigmund Bauman en *Amor líquido*

¿Cuál es la relación entre excitación y deseo?

La excitación se refiere a los cambios físicos que se experimentan cuando hay una estimulación sexual externa o interna. La excitación se produce más fácilmente cuando existe un buen nivel de deseo. Pero esto no significa que deseo y excitación tengan que ir juntos sin más remedio. A veces la separación es clara, por ejemplo, en aquella situación donde una persona comienza a ser estimulada desde cero y de a poco se incrementa su excitabilidad, sin que necesariamente el deseo se dispare en ningún momento. Esto, que tranquilamente puede desembocar en un coito, no deja de ser una respuesta mecánica aunque generalmente agradable. Otras veces existe una secuencialidad clara, o bien el deseo comienza primero y más tarde viene la excitación, o por el contrario, se inicia la excitación, lo que activa subsecuentemente el deseo. El deseo se va a mantener si se tiene una percepción clara de la excitación. En el varón, cualquiera de estas distintas posibilidades de expresión del deseo se vería frustrada si no pudiera entrar enseguida en un proceso de excitación, que además casi siempre debiera acabar en orgasmo, punto a partir del cual decrecería el deseo. En la mujer no es necesario entrar en este proceso, como tampoco obligatoriamente desaparece el deseo con el orgasmo.



¿El deseo en una pareja se puede medir por la frecuencia de sus relaciones?

La poca frecuencia de relaciones no significa necesariamente una disfunción del deseo sexual. La libido varía desde un nivel de alta frecuencia cuando la pareja se enamora, a un nivel más bajo, aunque no por ello menos placentero, cuando la relación madura. Además hay que tener en cuenta que la variación de la libido humana a lo largo del ciclo vital sigue un modelo propio para cada género. Los hombres jóvenes poseen –en comparación con las mujeres y los hombres mayores de 50– un impulso sexual intenso, una expectativa de frecuencia más elevada. Además hay que considerar que los varones a lo largo de su vida tienen seis veces más orgasmos que las mujeres y las triplican en cantidad de pensamientos sexuales.

No es posible tomar sólo en cuenta la frecuencia como "norma infalible" de normalidad sexual, ni como el único indicador de patología. Históricamente se ha considerado la frecuencia sexual como una manifestación del deseo sexual humano. Muchos trabajos intentan definir el Deseo Sexual Hipoactivo (DSH) en base a un bajo promedio de actividad sexual. Uno de esos estudios más aceptados es el del Dr. Schiavi y su grupo de investigación, que dicen que la frecuencia sexual es anormalmente baja cuando "la actividad sexual, en personas de 55 años o más jóvenes, ocurre menos de una vez cada dos semanas".

¿Es normal tener períodos en los que el deseo fluctúa, disminuye por momentos, crece en otros?

Las fluctuaciones del deseo sexual son naturales. Si bien a lo largo de toda la vida, tanto en hombres como mujeres se encuentra presente cierto nivel de motivación sexual, éste nunca es estático, sino que varía periódicamente.

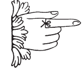
Cuando uno quiere más y el otro quiere menos

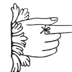


En el film *Annie Hall* hay una escena en la que se muestra a Woody Allen en una consulta con su psicoanalista y paralelamente a su amiga (Diane Keaton) en plena sesión con el suyo. A cada uno le han preguntado sobre su frecuencia sexual. "Casi nunca", responde Woody Allen, quejoso, "digamos que tres veces a la semana". Mientras que en su sesión, la mujer, Keaton, responde: "Constantemente. Tres veces a la semana...".

Como demuestra esta escena, muchas parejas coinciden en que sus necesidades sexuales son muy diferentes. Un caso particular de bajo impulso sexual puede transformarse en un problema, aun cuando se halle dentro de los límites considerados normales si la libido del otro integrante de la pareja es sustancialmente más alta. Los tiempos de cada uno son diferentes. Cuando existe una significativa discrepancia entre las necesidades e intereses sexuales de una pareja, uno de los integrantes puede sentirse constantemente presionado a mantener relaciones sexuales, mientras que el otro se siente permanentemente rechazado. Estamos aquí frente a una "discronaxia sexual": no es una cuestión de intensidad, ni de falta de interés, es una cuestión de falta de sincronización. Los tiempos de cada integrante de la pareja están alterados. Al comienzo, los integrantes de la pareja hacen lo posible para responder a las necesidades del otro y mostrarse siempre románticos. Pasado el tiempo, este deseo de amoldarse cede lugar a otros intereses, que puede ser pensar en uno mismo, en los hijos, etcétera.

Sugerencias para casos de discronaxias sexuales

 Comunicarse claramente los deseos de cada uno.

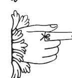
 Marcar la diferencia entre invitación y exigencia.

 Marcar la diferencia entre rechazar una actividad y rechazar a una persona.

 Ir despacio. No apurar al otro.

 Ser creativos y flexibles en la invitación.

 Postergar y cumplir más tarde.

 Ampliar el repertorio sexual.

 Obviar los obstáculos que se interponen para concretar la actividad sexual.

¿La pornografía y otros estímulos externos ayudan a disparar el deseo?



Sí. Todos los sentidos suelen activar el deseo. La estimulación de los sentidos, realizada en el momento adecuado (a nivel afectivo y emotivo) es capaz de abrir paso a la elaboración de fantasías. Estas a su vez potencian el deseo inicial. Respecto de la pornografía, con frecuencia, su utilización moderada produce intereses sexuales. Si se consume en exceso, puede desarrollarse inmunidad.

¿La pornografía puede traer consecuencias negativas?

Si la pregunta va dirigida a que pueda ser un disparador de conductas aberrantes, la respuesta es que no. Nunca ha sido demostrado que estimule los crímenes sexuales, en todo caso se ha comprobado que su consumo no provoca cambios significativos en las prácticas sexuales ni en los valores respecto de lo que es aceptable o no.

¿Hombres y mujeres disfrutan igual de la pornografía?

Aparentemente, no. Los géneros difieren en la recepción de los mismos estímulos. Por ejemplo, se ha comprobado que la mujer experimenta deseo con mayor facilidad ante la visión de una relación heterosexual. En segundo lugar reacciona ante la visión de relaciones grupales y en último término, con un encuentro homosexual masculino o femenino. Para el hombre, por el contrario, es más excitante la visualización de dos mujeres en pleno contacto sexual. En segundo lugar lo excitaría la relación grupal y en tercero, la relación de una pareja heterosexual. Siempre se ha pensado que el mundo femenino se excita más con la visualización de escenas o películas sugerentes y poco explícitas que con aquellas escenas donde predominan los planos sobre los contactos entre genitales, sin embargo algunos estudios han comprobado lo contrario.

¿Hay un sentido estrella para el hombre y otro para la mujer?

Sí. Podríamos decir, generalizando, que los varones son visuales y las mujeres son táctiles. El tacto es el sentido estrella a la hora de iniciar una respuesta sexual en la mujer. Tan es así que desde culturas milenarias nos han llegado tratados acerca de las distintas formas de tocar junto con mapas eróticos que inciden en aquellos puntos que pueden resultar más sensuales. Claro que esto también está regido por una cuestión cultural: por ejemplo, podemos ver cómo se está potenciando constantemente la relación de los olores con la sexualidad a través de la promoción de perfumes, desodorantes, etcétera. Las señales acústicas también influyen no sólo en función de lo que se nos diga en el momento sino por el interés erótico que puede despertar cierto ritmo de voz, la audición de susurros, etc. Hoy día sabemos que los mapas sensitivos dependen de las experiencias previas y del entorno cultural, aunque es innegable la existencia de zonas de máxima excitabilidad, coincidentes con un mayor despliegue de terminaciones nerviosas encargadas de recoger la sensibilidad.

¿Qué son las fantasías eróticas?

Los activadores internos más importantes del deseo son las fantasías eróticas. La capacidad para fantasear es una herramienta importantísima a la hora de la motivación sexual, ya que la fantasía erótica consiste en la elaboración de una imagen, una situación mental capaz de representar el objeto puntual de nuestro deseo.

Masters y Johnson distinguen entre fantasías de fluctuación libre y fantasías a corto plazo. Las primeras son de aparición espontánea, mientras que las segundas son una especie de "muletilla" que aparece para incrementar la motivación cuando la sexualidad está apagada, o bien con el objetivo de ampliar la excitación. Es importante distinguir entre pensamientos sexuales generados internamente, que serían las fantasías propiamente dichas y los pensamientos sexuales provocados externamente.

Muchas veces las personas reprimen sus fantasías eróticas, creyendo estar traicionando a su pareja. En realidad las fantasías son exactamente esto y no debería dársele otro estatuto. Las fantasías no actuadas ayudan al encuentro, permiten despertar un deseo dormido o lograr la aparición de consecuencias impensadas en la relación hasta ese momento.



Mujeres y hombres

Las mujeres que inician la excitación con rapidez manifiestan tener facilidad para elaborar fantasías. Es común, por tanto, que ante un estímulo erótico se inicie la excitación y de forma concomitante la elaboración de fantasías, que serán empleadas durante el desempeño sexual, realidad que no es tan frecuente en los hombres, que una vez activados fácilmente pasan a la relación sexual sin utilización de fantasías.



¿El deseo disminuye a medida que avanza la edad?

La comunidad científica ha admitido que los niveles de testosterona declinan progresivamente con la edad. Entre los 40 y los 70 años la testosterona va decayendo 1,2 % por año. A su vez, la variación de la libido a lo largo del ciclo vital sigue un modelo propio para cada género. Luego de la menopausia los ovarios producen menos testosterona. La producción de esta hormona decrece más rapidamenete en las mujeres que en los hombres debido al hecho de que los testículos permanecen funcionales muchas más décadas que los ovarios. Esto no quiere decir que las personas mayores, aun las de más de 65 años, no puedan mantener o no mantengan una vida sexual activa. Schiavi, un investigador argentino, afirma que las personas sanas no tienen por qué renunciar a su vida sexual. Y de hecho no lo hacen: en uno de sus estudios ha comprobado que en las parejas bien llevadas de 80 años de edad, la actividad sexual se manifiesta de manera regular a través de diversas formas de coito penetrativo y no penetrativo.

De no existir enfermedad alguna, el impulso sexual debería permanecer suficientemente intenso como para permitir que hombres y mujeres respondieran al estímulo sexual hasta una edad avanzada.

¿Por qué suele disminuir el deseo en las parejas a medida que pasa el tiempo?

Es cierto, la libido varía a medida que pasa el tiempo, así como también es verdad que unas pocas parejas afortunadas, con varias décadas como amantes, continúan teniendo fantasías sexuales y sintiendo pasión el uno por el otro. La pérdida del interés puede aparecer como consecuencia de los problemas de la relación de la pareja, lo cual puede suceder en cualquier etapa de la vida. Las luchas por el poder y los sentimientos de baja autoestima, así como la sensación de falta de respeto por el compañero, culminan en resentimiento e ira. A medida que estos sentimientos aumentan, el interés sexual tiende a disminuir. Con frecuencia, la falta de deseo es un arma esgrimida por el compañero que se siente menos poderoso dentro de la relación; la mujer suele utilizarla cuando siente que no tiene otro recurso para imponerse sobre el hombre. En ocasiones se utiliza la distancia como refugio contra un vínculo demasiado cercano; esta situación es frecuente en personas que han sido heridas y temen que esta situación se reitere.

A su vez, hay épocas clásicas para las crisis: los problemas conyugales de larga data tienden a agudizarse en la mediana edad, cuando los hijos han dejado el hogar y su ausencia magnifica los problemas de la relación. Por otra parte, aun las buenas relaciones pueden perder su atractivo sexual cuando se prioriza el trabajo u otras obligaciones, en desmedro de la intimidad.

¿Qué cosas hacen que se vayan las ganas?



La **ansiedad** y la **depresión** suelen ser las mayores fuentes de la disminución del deseo sexual. Todas las situaciones que afectan de manera brusca o masiva la vida de una persona, como la pérdida de un ser querido, un divorcio traumático, la falta de trabajo o la llegada de la jubilación, suelen ir asociadas a una pérdida importante del interés sexual. La ansiedad es un factor determinante y puede tener múltiples orígenes: sentimientos de culpa, preocupación por el buen o mal desempeño, miedo a la intimidad o al compromiso, etc.
Frecuentemente está asociada a una desvalorización del comportamiento sexual y de la autoestima. En aquellas personas en quienes esta ansiedad está ligada al proceso de excitación, el hecho de suprimir pensamientos y sentimientos sexuales lleva a evitar estímulos, con lo cual redunda en un nivel bajo de su deseo sexual. La falta de deseo puede ser también correlato de una alteración en las fases de excitación o de orgasmo: algo así como que "si el sexo no tiene premio (orgasmo) para mí, ¿para qué voy a hacerlo?". Al igual que la ansiedad, la depresión está frecuentemente asociada a la disminución del deseo sexual. En estos casos es muy importante saber si la depresión precede al problema del deseo, o bien la falta de deseo es causante de la depresión. Tanto el tratamiento como el pronóstico son diferentes en ambos casos.

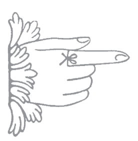
¿Las enfermedades y los tratamientos médicos influyen en la falta de deseo?

Casi todos los procedimientos médicos o quirúrgicos que afecten alguna parte del cuerpo pueden traer aparejadas una disminución del deseo sexual. Esto se observa, por ejemplo, a causa de los interminables estudios que se hacen durante el tratamiento de la esterilidad masculina o femenina. Lo mismo sucede con todas las enfermedades crónicas o invalidantes. Las quimioterapias usadas para diversos cánceres, si bien permiten que los pacientes sobrevivan, ejercen efectos devastadores en la libido, pues afectan el cuerpo en cuanto a su capacidad de producir hormonas sexuales. Se requiere que luego de los cánceres muchos pacientes hagan algunas sesiones de terapia sexual para reencontrarse con su sexualidad abandonada durante los largos tratamientos.

Cuando el problema es crónico, ¿de dónde puede provenir la causa?

Los problemas crónicos se asocian a acontecimientos traumáticos durante la infancia o la adolescencia, a la supresión de fantasías sexuales, al contexto de una familia disfuncional o, en ocasiones, a niveles bajos de andrógenos.

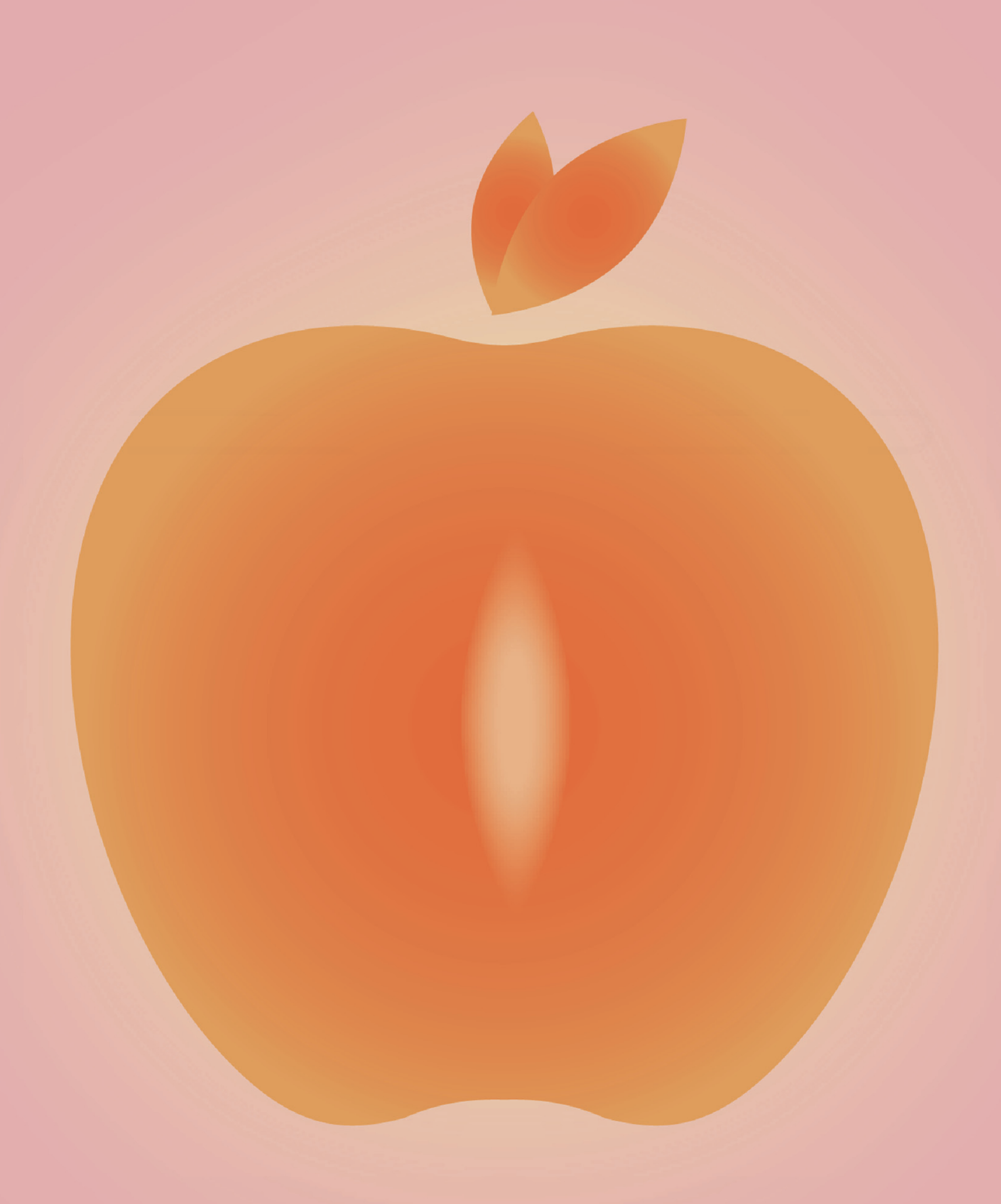
¿Cuáles son las causas de falta de deseo más frecuentes en la consulta?



En el varón, las disfunciones sexuales previas (por ejemplo, una disfunción eréctil o una eyaculación precoz), sean reales o imaginadas, suelen ser la causa predisponente del deseo sexual hipoactivo. El varón suele entrar en un déficit de motivación o un proceso de evitación, terminando por una de las dos vías (o ambas) en una pérdida del deseo. La evitación significa miedo, mientras que la falta de deseo puede existir sin evitación, sólo con falta de motivación.



En la mujer es más común que exista un problema de pareja, déficit de intimidad, que esté fallando la comunicación, el respeto y demás componentes de la misma.



CONSULTA AL SEXOLOGO

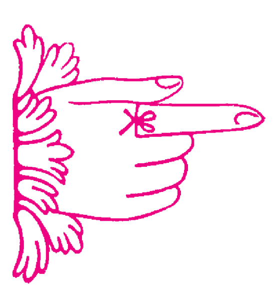
–¿Por qué a veces disfruto mucho de las relaciones sexuales con mi marido y otras veces, aunque intento complacerlo, no siento nada?

–Una inhibición del deseo sexual puede responder a causas psicológicas o a relaciones conflictivas no resueltas con la pareja. Sugiero revisar su concepción del complacer y el de buscar su propio deseo.



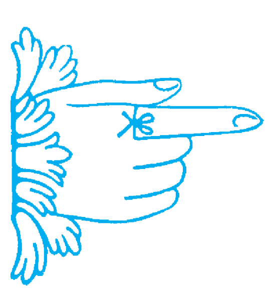
Factores de la falta de deseo:

> Educación moral y religiosa restrictiva.
> Relaciones deterioradas entre padres.
> Inadecuada información sexual.
> Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia.
> Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años.
> Trastorno de la personalidad.
> Modelos paternos inadecuados.



Factores que ahuyentan el deseo:

> Disfunción sexual previa.
> Problemas generales en la relación de pareja.
> Infidelidad.
> Expectativas poco razonables sobre el sexo.
> Reacción a algún trastorno orgánico.
> Edad (y cambio en las respuestas como consecuencia de ésta).
> Depresión y ansiedad.
> Experiencias sexuales traumáticas.
> Estrés.
> Momentos especiales (episodios de cansancio, ansiedad o depresión).



Factores que impiden que el deseo vuelva:

> Ansiedad ante la interacción sexual.
> Anticipación de fallo o fracaso.
> Sentimientos de culpabilidad.
> Falta de atracción entre los miembros de la pareja.
> Escasa comunicación entre los miembros de la pareja.
> Problemas generales en la relación de pareja.
> Miedo a la intimidad.
> Deterioro de la autoimagen.
> Información sexual inadecuada.
> Escasez de estímulos eróticos.
> Miedos o fobias específicas (miedo a la intimidad, a la pérdida de control, al embarazo, al rechazo o al cuerpo de la pareja).
> Escaso tiempo dedicado al galanteo o a caricias antes de pasar al coito.
> Trastornos mentales (depresión, alcoholismo, anorexia nerviosa, ansiedad).

¿Cómo sé que estoy sintiendo una disfunción de deseo?

Helen Kaplan afirma: “La persona con deseo sexual bajo no se sentirá interesada por las cosas sexuales. No tenderá a buscar la actividad sexual ni tendrá fantasías de orden sexual. Es posible que si se permite la estimulación de los genitales, los reflejos funcionen. Es decir que la persona con trastornos del deseo puede tener excitación e incluso llegar al orgasmo. Pero esta experiencia no es realmente satisfactoria en un estado de deseo sexual inhibido. Los pacientes con deseo sexual hipoactivo suprimen sus sentimientos sexuales, centrándose en las cualidades negativas de sus parejas y no prestando atención a las positivas”.

¿Hay recetas para avivar el deseo?

La mayoría de los autores que han investigado el problema de la disminución del deseo, coinciden en marcar la necesidad de la importancia de la realimentación del vínculo de manera regular. Para preservar la intimidad, los miembros de la pareja deben disponer de momentos especiales para estar juntos, sin relegarlos al "tiempo sobrante" de otras tareas que no les dejan energía disponible. Esto no significa que existan recetas infalibles. En terapia sexual es práctica muy común acompañar la sesión con ciertas "tareas para el hogar". Estas tareas, que a simple vista pueden resultar forzadas, son en realidad consignas pensadas para iniciar de una manera algo artificial una comunicación que encontrará sus carriles a medida que las trabas existentes se vayan venciendo. Es importante, una vez que la pareja está decidida a luchar por su sexualidad, hacer el esfuerzo de aceptar este pacto y cumplir con sus premisas.

Charla Hot

Propóngale a su pareja tener un diálogo sexual fuera de su casa. Cada integrante de la pareja expondrá durante 5 minutos sus fantasías, deseos o dificultades personales en relación con su sexualidad sin ser interrumpido por interrogatorios. Están prohibidos los reproches, todas las frases estarán referidas a lo que uno siente o lo que le gustaría sentir. Una vez pasados los 5 minutos, es el turno del otro. Se recomienda no hacer el amor enseguida, encarar otra actividad y luego, si se desea, conversar libremente sobre las fantasías y problemas planteados.

Ejercicios prácticos para llamar al deseo

- Reciba caricias.
- Explique a su pareja cómo desea ser tocado o cómo no desea ser tocado.
- Comparta sus sentimientos.
- Pídale a su pareja que las comparta con usted.
- Si se masturba, hágalo libremente.
- Tenga relaciones sexuales sólo si lo desea y no para cumplir.
- Piense, fantasee qué tipos de experiencias sexuales desearía.

¿Qué es ser un adicto al sexo? ¿Existen las ninfómanas?

La adicción o la compulsión por el sexo es la ausencia de control sobre la motivación sexual o con controles tan inadecuados que mantendrá relaciones sexuales aun cuando sea consciente de estar arriesgando su trabajo, su esposa o su vida, debido al sida. Estos individuos tienen relaciones sexuales frecuentemente, siendo común que alcancen varios orgasmos cada vez. Suelen estar preocupados por sentimientos y/o pensamientos sexuales a tal punto que ello interfiere con su funcionamiento laboral y/o crea problemas en sus relaciones. Sus impulsos sexuales se originan espontáneamente, y se sienten "calientes" aun en ausencia de incitadores sexuales externos.

La ninfomanía es generalmente una fantasía masculina. De hecho, el deseo sexual hiperactivo femenino es extremadamente raro, apareciendo excepcionalmente junto con cuadros psicóticos poco comunes o trastornos hormonales con alto predominio de andrógenos. La versión masculina de este problema es conocido como donjuanismo, basándose en la historia del personaje literario Don Juan Tenorio. Si bien el afán de conquista es mejor visto en los hombres, a veces se convierte en una adicción a tal punto que la persona no puede pensar en otra cosa que en su actividad sexual. Requiere ayuda psiquiátrica cuando llega al extremo de no poder trabajar o hacer otras actividades. El caso de Michael Douglas en los últimos años hizo popular esta afección.



Desde tiempo inmemorial, alquimistas y brujos intentaron tres cosas: transformar metales en oro, conseguir el elixir de la vida eterna y hallar la pócima capaz de hacer que nuestro objeto de deseo se rinda a nuestros pies. A comienzos del siglo XXI seguimos intentando esto sin éxito. En cuanto al deseo, cuando las causas son físicas, es decir, cuando se ha comprobado fehacientemente una baja en la producción de testosterona, la medicina provee tratamientos basados en la administración de esta hormona. La administración puede ser inyectable, oral, trasdérmica o en cremas. Si el problema no es hormonal, estas drogas no dan ningún resultado.

Testosterona para varones

Para aumentar el deseo, la hormona puede ser administrada mediante cremas como el Androlone, que se aplica diariamente, inyecciones que se aplican cada 15 días. Recientemente ha salido al mercado un médicamente a base de testosterona, el Nebido, que se aplica cada tres meses, lapso durante el cual mantiene el deseo sexual en el paciente. Antes de indicar este tipo de medicamentos es obligatorio chequear el estado de la próstata, en un tratamiento que debe ser indicado por un medico especialista.

¿Qué es la DHEA?

Muy usada en las clínicas de rejuvenecimiento, es una droga base en varones y en mujeres, que ayuda a fortalecer el sistema inmunitario y reduce el estrés. Se la califica como una testosterona débil de la que se esperan menos efectos secundarios que con la aplicación de la hormona natural.

Testosterona para mujeres

Hace años que algunos autores se inclinan por indicar testosterona para mujeres. Se aplica directamente en el clítoris: facilita la aparición del orgasmo y predispone a aumentar el deseo sexual. (Se administra en dosis muy bajas, que evitan la aparición de vello y otros signos de virilización.)

Próximo número:



RESPONDE EL DR. JUAN CARLOS KUSNETZOFF

¿Cuáles son las consultas más habituales en un consultorio sexológico? ¿Hombres y mujeres necesitan estímulos diferentes? ¿Hay una relación de causa-efecto: tal posición amatoria-mayor placer? ¿Antes estaba mal masturbarse y ahora es obligatorio? ¿Los hombres son más rápidos? ¿Qué es el punto G? ¿Las mujeres pueden eyacular? ¿Puede haber satisfacción sin orgasmo? ¿Por qué muchas mujeres fingen el orgasmo? ¿Hay dos tipos de orgasmo femenino? ¿Es anormal tener dificultades para sentir placer la primera vez ? ¿Es normal que el sexo anal dé placer? ¿Existe la píldora del placer? ¿Cómo hacer para que el preservativo no sea un obstáculo para el placer? ¿Los varones "están listos" apenas logran la erección?

